

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA KỸ THUẬT NỘI SOI MÀNG PHỔI NỘI KHOA TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Minh Thế<sup>1</sup>, Nguyễn Hải Công<sup>1</sup>, Phan Thị Anh Đào<sup>1</sup>,  
Nguyễn Công Trường<sup>1</sup>, Kiều Thị Phương Loan<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

*Mục tiêu:* Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán nguyên nhân gây tràn dịch dịch tiết tại Bệnh viện quân y 175.

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả. 30 bệnh nhân TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân, điều trị tại khoa Lao và Bệnh phổi bệnh viện quân y 175, từ 1/2021 – 3/2023.

*Kết quả:* Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $64,9 \pm 11,31$  tuổi, nam chiếm 73,3%, nữ chiếm 26,7%. 100% bệnh nhân tràn dịch dịch tiết, trong đó, dịch huyết thanh máu chiếm 60%, dịch vàng chanh chiếm 40%. Có 28/30 bệnh nhân chiếm 93,3% có chẩn đoán xác định nhờ vào kết quả mô bệnh học được sinh thiết qua nội soi màng phổi. Trong đó có 22 bệnh nhân được gây dính qua nội soi. Hiệu quả gây dính màng phổi hoàn toàn là 81,8%, gây dính một phần là 18,2%, không có trường hợp nào thất bại. Biến chứng hay gặp nhất là đau ngực chiếm 76,7%, tiếp theo tràn khí dưới da chiếm 13,3%.

*Kết luận:* nội soi màng phổi ống mềm là phương pháp có hiệu quả cao và an toàn trong chẩn đoán, điều trị TDMP chưa rõ nguyên nhân.

*Từ khóa:* Tràn dịch màng phổi; Nội soi màng phổi; Gây dính màng phổi.

### EVALUATION OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC EFFICACY OF PLEURAL ENDOSCOPIC METHOD IN PLEURAL EFFUSION OF UNKNOWN ETIOLOGY AT MILITARY HOSPITAL 175

### SUMMARY

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Hải Công (nguyen\_med@ymail.com)

Ngày nhận bài: 27/8/2023, ngày phản biện: 14/9/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/9/2023

*Objective: Pleural effusion is one of the common pathological syndromes in clinical medical diseases. Pleural effusion is caused by many different causes, the diagnosis of the cause greatly affects the effectiveness of treatment and prognosis for the patient. However, about 20-25% of pleural effusion cases remain undiagnosed. Pleural endoscopy helps to further diagnose with accuracy up to 90% of cases of pleural effusion..*

*Materials and Methods: Prospective, descriptive study to evaluate the effectiveness and safety of pleural endoscopic methods in the diagnosis and treatment of pleural effusion of unknown cause. 30 patients were treated at the Department of Tuberculosis and Lung Diseases of Military Hospital 175, from 1/2021 to 3/2023.*

*Results: The average age of the study group was  $64.9 \pm 11.31$  years old, male accounted for 73.3%, female accounted for 26.7%. 100% of patients had exudative effusion, in which, blood serum accounted for 60%, straw yellow fluid accounted for 40%. There were 28/30 patients, accounting for 93.3%, with a confirmed diagnosis based on histopathological results, which were biopsied through pleura. In which, 22 patients were induced pleural adhesions through pleural endoscopic examination. The efficiency of pleural adhesion was 81.8%, partial adhesion was 18.2%, there were no cases of failure. The most common complication was chest pain, accounting for 76.7%, followed by subcutaneous emphysema 13.3%.*

*Conclusion: This study initially shows the effectiveness and safety of pleural endoscopic method in the diagnosis and treatment of pleural effusion of unknown cause.*

*Keyword: Pleural effusion; Pleural endoscopic; Pleural adhesions.*

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là một trong các hội chứng bệnh lý thường gặp trong lâm sàng các bệnh nội khoa. Aaron S. và CS (2014) cho biết hiện nay ở Mỹ hàng năm có khoảng 1,5 triệu người bị TDMP [11]. Nguyên nhân chủ yếu do suy tim, lao màng phổi, các bệnh lý ác tính, viêm phổi hoặc tắc mạch phổi. Chẩn đoán đúng nguyên nhân ảnh hưởng rất lớn đến hiệu quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân tràn dịch màng phổi, đặc biệt là các trường hợp TDMP ác tính.

Chẩn đoán TDMP dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng không khó, nhưng

chẩn đoán nguyên nhân gây TDMP còn gặp nhiều khó khăn. Những tiến bộ của kỹ thuật ứng dụng trong y học như xét nghiệm dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi mù, sinh thiết màng phổi có hướng dẫn siêu âm, CTscanner ... đã góp phần cải thiện hiệu quả chẩn đoán. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 20 -25% trường hợp TDMP chưa được chẩn đoán nguyên nhân. Những trường hợp này, nội soi màng phổi giúp chẩn đoán thêm với độ chính xác lên tới 90% số các trường hợp tràn dịch màng phổi, đặc biệt là các trường hợp TDMP ác tính [10].

Soi màng phổi ống cứng đã được thực hiện tại một số bệnh viện trung ương,

thủ thuật này đòi hỏi bệnh nhân gây mê toàn thân, thực hiện tại phòng mổ, tăng khả năng chẩn đoán nguyên nhân những trường hợp TDMP. Nội soi màng phổi ống mềm với gây tê tại chỗ để chẩn đoán nguyên nhân TDMP đã được tiến hành ở nhiều nước phát triển trên thế giới và thể hiện được nhiều ưu điểm.

Nội soi màng phổi ống mềm, còn được gọi là nội soi màng phổi nội khoa, là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu để quan sát và thực hiện sinh thiết khoang màng phổi cũng như thực hiện các can thiệp điều trị. Khác với phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ bằng video ở chỗ nó có thể được thực hiện với gây tê tại chỗ không cần đặt nội khí quản hoặc thông khí một phổi. Độ chính xác chẩn đoán của thủ thuật này đạt 100% trong các trường hợp TDMP ác tính và lao. Tỷ lệ biến chứng thấp (2% -5%) và thường nhẹ (khí phế thũng dưới da, chảy máu, nhiễm trùng), với tỷ lệ tử vong <0,1% [8]. Các can thiệp điều trị, chẳng hạn như gây dính màng phổi bằng hóa chất, có thể được thực hiện trong quá trình nội soi màng phổi đối với các trường hợp TDMP ác tính tái phát, có triệu chứng, với tỷ lệ thành công là 90%. Tại các bệnh viện lớn với trang thiết bị hiện đại cùng với đội ngũ nhân lực được đào tạo bài bản, nội soi màng phổi là một thủ thuật an toàn với độ chính xác chẩn đoán và hiệu quả điều trị cao [4],[6].

Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của nội soi màng phổi ống mềm. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: “Đánh giá kết quả bước đầu của nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán và điều trị TDMP chưa rõ

nguyên nhân”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 30 trường hợp TDMP chưa rõ nguyên nhân, nhập điều trị tại khoa Lao và bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 175 từ 1/2021 – 3/2023.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

Các bệnh nhân chẩn đoán TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân.

Không có chống chỉ định NSMP.

Bệnh nhân đồng ý điều trị.

TDMP dịch tiết chưa rõ nguyên nhân là các trường hợp TDMP dịch tiết mặc dù đã được làm các xét nghiệm dịch màng phổi tìm tế bào ung thư, xét nghiệm dịch màng phổi tìm căn nguyên vi sinh, sinh thiết màng phổi mù, nội soi phế quản nhưng vẫn chưa xác định được nguyên nhân.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

Bệnh nhân TDMP dịch thấm, dịch mù, hoặc dịch dưỡng chấp.

Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi màng phổi:

+ Không có khoang màng phổi .

+ Các bất thường về tim mạch: rối loạn nhịp tim, biểu hiện của bệnh cơ tim thiếu máu, suy tim, bệnh van tim..

+ PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg không liên quan tới TDMP.

+ Rối loạn đông máu.

+ Rối loạn huyết động.

Tiền lượng tử vong trong 01 tháng (có chỉ số Karnofsky < 60).

Bệnh nhân không đồng ý điều trị.

*Chỉ định gây dính màng phổi:*

Tràn dịch màng phổi ác tính.

Tràn dịch màng phổi mạn tính, kém hấp thu.

Bệnh nhân đồng ý thực hiện kỹ thuật điều trị.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- *Phương pháp nội soi màng phổi ống mềm:*

+ *Kỹ thuật nội soi màng phổi ống mềm:* Tất cả bệnh nhân được tiến hành thực hiện nội soi màng phổi ống mềm bằng ống soi màng phổi LTF 160 của hãng Olympus. Thủ thuật được làm tại phòng thủ thuật được khử khuẩn hàng ngày. Các bước tiến hành tuân thủ theo đúng “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp” của Bộ y tế ban hành năm 2014 [1].

+ *Đặc điểm hình ảnh đại thể của nội soi màng phổi:*

Màng phổi bình thường: niêm mạc phủ màng phổi thành nhẵn bóng;

TDMP do ung thư: nốt tròn, u sùi,

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nhóm bệnh nhân được nội soi màng phổi sinh thiết

Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $64,9 \pm 11,31$  tuổi. Cao nhất: 90; thấp nhất: 33 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 22/8.

*Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng*

Đặc điểm		Số lượng	Phần trăm
Tiền căn	Hút thuốc lá	20	66,7
	Bệnh đồng mắc	21	70

dày thâm nhiễm, ổ loét;

TDMP do lao: nốt nhỏ trắng ngà hoặc màu nâu đồng dạng, nhiều fibrin hóa.

*Phương pháp đánh giá hiệu quả:*

- *Hiệu quả chẩn đoán của nội soi màng phổi:*

+ Chẩn đoán xác định được nguyên nhân: dựa vào mô bệnh học;

+ Chưa xác định được nguyên nhân;

+ Tỷ lệ tai biến, biến chứng.

- *Hiệu quả của gây dính màng phổi qua nội soi bằng Povidon-Iod 10%:*

+ Đáp ứng hoàn toàn: hết dịch hoặc dịch rất ít trên xquang và hoặc trên siêu âm;

+ Đáp ứng một phần: dính một phần màng phổi, còn dịch ít hơn trước khi gây dính, triệu chứng ít, và không cần chọc dịch;

+ Không đáp ứng: màng phổi không dính, dịch mức độ nhiều, bằng hoặc nhiều hơn trước khi gây dính, nhiều triệu chứng và cần chọc hút dịch.

- *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Triệu chứng	Đau ngực	21	70,0
	Khó thở	22	73,3
	Ho khan	19	63,3
	Gầy sút	13	43,3
	Sốt	3	10,0
Mức độ tràn dịch	Vừa	16	53,3
	Nhiều	14	46,7
Vị trí tràn dịch	Phải	18	60,0
	Trái	11	36,7
	Hai bên	1	33,3

Nhận xét: Có 66,7% bệnh nhân có phơi nhiễm với thuốc lá. 100% bệnh nhân là tràn dịch lượng vừa đến nhiều, trong đó tràn dịch lượng vừa chiếm 53,3%. TDMP phải hay gặp hơn chiếm 60,0%.

*Bảng 2. Đặc điểm dịch màng phổi*

Đặc điểm		Số lượng	Phần trăm
Màu sắc	Vàng chanh	12	40,0
	Huyết thanh máu	8	60,0
Dịch tiết (tiêu chuẩn Light)		30	100
ADA	ADA $\geq$ 40	3	10,0
	ADA $<$ 40	27	90,0
Số lượng bạch cầu	L/N $\geq$ 70%	8	26,7
	L/N $<$ 70%	22	73,3
Tế bào lạ trong dịch màng phổi		2	11,1
Tầm soát lao	AFB	0	0
	PCR	0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân TDMP dịch tiết, trong đó dịch huyết thanh máu chiếm 60,0%, dịch vàng chanh chiếm 40,0%. Hầu hết bệnh nhân có kết quả ADA thấp ( $<$ 40) chiếm 90,0%. Các kết quả tầm soát lao đều âm tính.

*Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng*

Đặc điểm (n=30)		n	%
Marker K (tăng gấp 3 lần giới hạn trên)	Cyfra 21-1	9	30
	NSE	2	6,67
	CEA	11	36,7
CT scan	Tổn thương nhu mô	12	40,0
	Hạch trung thất	11	36,7

## CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Nội soi phế quản	Bình thường	12	40,0
	Xẹp thụ động	11	36,7
	Có tổn thương	7	23,3

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm các marker ung thư có xu hướng tăng, trong đó có 11 bệnh nhân tăng CEA chiếm 36,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương nhu mô phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính cao chiếm 66,6% và hầu hết bệnh nhân có tổn thương hạch bất thường trung thất chiếm 36,7%. Nội soi phế quản ở mềm thường không phát hiện tổn thương hoặc chỉ có xẹp phổi thụ động chiếm tỷ lệ lần lượt là 40,0% và 36,7%.

### 3.2. Kết quả bước đầu của nội soi màng phổi

*Bảng 4. Kết quả nội soi màng phổi chẩn đoán*

Kết quả (n=30)		n	%
Hình ảnh bất thường qua nội soi		30	100
Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh	Ung thư	25	93,3
	Lao	03	
Chưa có chẩn đoán xác định (mô viêm không đặc hiệu)		02	6,67

Nhận xét: Nội soi màng phổi cho 30 bệnh nhân TDMP chưa rõ nguyên nhân, phát hiện bệnh thường về đại thể 30/30 trường hợp chiếm 100%. 30/30 bệnh nhân được sinh thiết tổn thương, trong đó có 28/30 chiếm 93,3% được chẩn đoán xác định. Trong số bệnh nhân có chẩn đoán xác định, phần lớn kết quả mô bệnh học là ung thư chiếm 89,3%.

*Bảng 5. Đánh giá kết quả gây dính màng phổi qua nội soi màng phổi*

Kết quả	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	18	81,8
Đáp ứng một phần	4	18,2
Không đáp ứng	0	0
Tổng cộng	22	100

Nhận xét: Hiệu quả gây dính màng phổi ở 22 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính có 81,8% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần 18,2%, không có trường hợp nào thất bại.

*Bảng 6. Tai biến và biến chứng nội soi màng phổi*

Tai biến và biến chứng	n	%
Đau tại chỗ	23	76,7
Tràn khí dưới da	4	13,3
Mủ màng phổi	0	0
Phù phổi	0	0

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất là đau ngực trong quá trình nội soi cũng như gây dính chiếm 76,7%, không gặp biến chứng nặng khác.

#### 4. BÀN LUẬN

Bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán TDMP chưa rõ nguyên nhân. Tổng có 30 bệnh nhân TDMP được làm đầy đủ các xét nghiệm như X – quang phổi, CT scanner ngực, xét nghiệm dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi kín nhưng chưa xác định được căn nguyên. Trong 30 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân nam chiếm 73,3%, 8 nữ chiếm 26,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là:  $64,9 \pm 11,31$  tuổi. Cao nhất: 90; thấp nhất: 33 tuổi. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kiani A và cộng sự (2015), có 192 (64%) trường hợp là nam giới, và 108 (36%) trường hợp là nữ giới. Tuổi trung bình là  $51 \pm 14,7$ , thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 73 tuổi [5]. Trong nghiên cứu nhận thấy, triệu chứng cơ năng hay gặp là khó thở: 73,3%, đau ngực: 70,0%, ho khan: 63,3%, gầy sút: 43,3%. Tỷ lệ triệu chứng cơ năng cao, ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. TDMP phải gặp nhiều hơn chiếm 60,0%, bên trái chiếm 36,7%. Mức độ TDMP gặp nhiều nhất là trung bình: 53,3%, nhiều: 46,7%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Dũng 2012, khi nghiên cứu 214 bệnh nhân, các triệu chứng cơ năng thường gặp của TDMP chưa rõ nguyên nhân: đau ngực 83,2%, ho kéo dài: 65,42%, khó thở: 16,82% ; vị trí TDMP phải 56,54%, bên trái: 43%; mức độ tràn dịch trung bình chiếm 30% và mức độ nhiều chiếm 60% [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được lấy dịch

màng phổi xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh để tìm nguyên nhân. Tất cả các trường hợp TDMP trong nghiên cứu là tràn dịch xuất tiết được xác định bằng tiêu chuẩn của Light R.W. Tất cả các bệnh nhân đều được lấy dịch xét nghiệm tìm tế bào ung thư, xét nghiệm vi sinh tìm AFB, PCR lao tuy nhiên đều không xác định được nguyên nhân. Màu sắc dịch màng phổi có giá trị định hướng chẩn đoán căn nguyên, màu vàng chanh đa số gặp trong lao, dịch huyết thanh máu chủ yếu gặp trong TDMP ác tính. Trong nghiên cứu nhận thấy, dịch màng phổi vàng chanh gặp 40,0%, dịch huyết thanh máu (hồng hoặc đỏ) chiếm 60,0%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Huy Dũng, khi nghiên cứu trên 214 bệnh nhân TDMP dịch tiết, kết quả dịch vàng chanh 48%, dịch hồng và đỏ máu: 52% [2].

Hiệu quả chẩn đoán chung của nội soi màng phổi ống mềm trong nghiên cứu cho thấy, trong 30 trường hợp TDMP chưa rõ nguyên nhân thì nội soi sinh thiết chẩn đoán đúng được 28 trường hợp, trong đó ung thư 25 ca (89,3%); lao 3 ca (10,7%); chưa xác định căn nguyên: 02 (6,67%). Từ cho thấy hiệu quả chẩn đoán của nội soi màng phổi ống mềm cao hơn so với các phương pháp chẩn đoán trước đây như sinh thiết màng phổi mù, hoặc sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm, CT scanner. Bởi vì nội soi màng phổi giúp quan sát trực tiếp tổn thương và sinh thiết đúng vị trí tổn thương, sinh thiết được tại nhiều vị trí tổn thương hơn. Theo Maturu V.N. và cs (2015), khi so sánh giá trị chẩn đoán giữa nội soi màng phổi với sinh thiết màng phổi kín trong chẩn đoán TDMP chưa rõ nguyên

nhân, kết quả cho thấy giá trị chẩn đoán của nội soi màng phổi cao hơn hẳn so với sinh thiết màng phổi kín (93,2% so với 84,5%) [7]. Giá trị chẩn đoán của nội soi màng phổi cũng cao hơn so với sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn của CTscanner. Theo Niu X.K. và cs (2015), khi tiến hành sinh thiết tổn thương màng phổi dưới hướng dẫn của CTscanner cho 88 bệnh nhân, kết quả cho thấy giá trị chuẩn đoán là 89,2% [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Khắc Đại (2016), trong 130 trường hợp TDMP chưa rõ nguyên nhân thì nội soi màng phổi sinh thiết chẩn đoán được 123 trường hợp bào gồm ung thư: 83/130 (63,8%); lao: 35/130 (26,9%); viêm: 5/130 (3,9%). Giá trị chẩn đoán chung của nội soi màng phổi là 94,6% [3].

Nội soi màng phổi nội khoa là một thủ thuật an toàn và hầu hết không có các biến chứng nặng xảy ra. Các biến chứng có thể gặp sau khi nội soi như: phù phổi sau khi phổi nở lại, đau ngực, tràn khí dưới da, nhiễm trùng vết mổ, mũ màng phổi, tràn khí màng phổi dai dẳng. Tỷ lệ tử vong hết sức hiếm gặp (0,01%) . Tai biến soi màng phổi trong nghiên cứu của chúng tôi gồm có 76,7% bệnh nhân có biểu hiện đau tại nơi là thủ thuật, tuy nhiên, mức độ đau không nhiều, thường kéo dài vài ngày, đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường. Có 4 trường hợp xuất hiện tràn khí dưới da chiếm 13,3%. Các trường hợp này tràn khí dưới da mức độ nhẹ, và tự hấp thu. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Vũ Khắc Đại (2016), tác giả nghiên cứu 130 bệnh nhân được nội soi màng phổi ống mềm, không có tai biến, biến chứng nặng

nè xảy ra. Trong đó, đau tại chỗ chiếm 60,8%, 4,6% biểu hiện sốt, 3,1% bệnh nhân có biểu hiện chảy máu chân sonde, tụ máu dưới da [3].

Kết quả gây dính màng phổi ở 22 trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính cho thấy, có 81,8% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần 18,2%, không có trường hợp nào thất bại. Có nhiều tác nhân gây dính màng phổi được sử dụng như bột talc, Povidon-Iod, máu tự thân hoặc gây tổn thương niêm mạc màng phổi thành bằng phương pháp cơ học. Trong đó bột talc và Povidon-Iod 10% là các tác nhân phổ biến nhất. Kết quả gây dính màng phổi bằng bột talc trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả gây dính tốt và ít gặp các biến chứng như nhiễm trùng màng phổi, đau...

### 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu ở 30 bệnh nhân TDMP dịch tiết được thực hiện nội soi màng phổi nội khoa chẩn đoán và điều trị, kết quả có 93,3% được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả mô bệnh học từ mẫu sinh thiết qua nội soi màng phổi. Hiệu quả gây dính màng phổi điều trị đáp ứng hoàn toàn là 81,8%, gây dính một phần là 18,2%, không có trường hợp nào thất bại. Biến chứng hay gặp nhất là đau ngực chiếm 76,7% và chỉ cần điều trị bằng thuốc giảm đau thông thường. Nghiên cứu này bước đầu cho thấy, nội soi màng phổi ống mềm là một kỹ thuật can thiệp chẩn đoán cũng như điều trị có hiệu quả cao và an toàn cho bệnh nhân TDMP chưa rõ nguyên nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), “Hướng dẫn



quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp”, tr 62-72.

2. Nguyễn Huy Dũng (2012), “Nghiên cứu giá trị của soi lồng ngực sinh thiết trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi tiết chưa rõ nguyên nhân”, Học viện Quân y.

3. Vũ Khắc Đại (2016), “Nghiên cứu vai trò của nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi”, Trường đại học y Hà Nội.

4. Anevlavis S., Froudarakis M. E. (2018), “Advances in pleuroscopy”, Clin Respir J, 12(3), 839-847.

5. Kiani A., et al. (2015), “Diagnostic Yield of Medical Thoracoscopy in Undiagnosed Pleural Effusion”, Tanaffos, 14(4), 227-31.

6. Liu X. T., et al. (2022), “Diagnostic value and safety of medical thoracoscopy for pleural effusion of different causes”, World J Clin Cases, 10(10), 3088-3100.

7. Maturu V. N., et al. (2015), “Role of medical thoracoscopy and closed-blind pleural biopsy in undiagnosed exudative pleural effusions: a single-center experience of 348 patients”, J Bronchology Interv Pulmonol, 22(2), 121-9.

8. Michaud G., Berkowitz D. M., Ernst A. (2010), “Pleuroscopy for diagnosis and therapy for pleural effusions”, Chest, 138(5), 1242-6.

9. Niu X. K., Bhetuwal A., Yang H. F. (2015), “CT-guided core needle biopsy of pleural lesions: evaluating diagnostic yield and associated complications”, Korean J Radiol, 16(1), 206-12.

10. Rodríguez-Panadero F. (2008), “Medical thoracoscopy”, Respiration, 76(4), 363-72.

11. Saguil A., Wyrick K., Hallgren J. (2014), “Diagnostic approach to pleural effusion”, Am Fam Physician, 90(2), 99-104.